Ill.mo Sig. Prof. S. Giovanni
Omaggio dell'A

9

Istituto dermo-sifilopatico della R. Università di Siena
diretto dal prof. D. Barduzzi

SULLA CURA DEL RINOSCLEROMA

PEL DOTTOR

P. COLOMBINI

(Estratto dalla *Riforma Medica*, n. 209 a 211, Settembre 1892)

NAPOLI
Tipografia della Riforma Medica
Salita Pontecorvo, n. 60

1892

Istituto dermo-sifilopatico della R. Università di Siena
diretto dal prof. D. Barduzzi

SULLA CURA DEL RINOSCLEROMA

PEL DOTTOR

P. COLOMBINI

(Estratto dalla *Riforma Medica*, n. 209 a 211, Settembre 1892)

NAPOLI
Tipografia della Riforma Medica
Salita Pontecorvo, n. 60

1892

§ I.

Per quanto non sia grande il numero dei casi di rinoscleroma registrati nella letteratura Dermatologica, da quando nel 1870 l'Hebra (1) prima, il Kaposi (2) poi, per primi lo descrissero, per quanto undici soli casi di questa forma morbosa, confusa sempre in antico con altre, siano stati in Italia osservati, le premurose ricerche, gli studî pazienti dei dermatologi nostri e stranieri, hanno fatto subire alle conoscenze cliniche su questo morbo, da che esso si conosce e si studia, un cambiamento notevole. Nè agli studî clinici solo si è rivolta la attività di quelli, ma, da 8 o 10 anni a questa parte, specialmente allo studio istologico e più ancora alla ricerca dei microrganismi generatori del male e alle culture di questi.

Non si può oggi più credere, come lo He-

---

(1) Hebra.—Ueber ein eigentümliches Neugebilde an der Nase. — Rhinosklerom. *Wien. Med. Wochenschr.*, n. 1, 1870.

(2) Kaposi.—*Virchow's Spez. Path. u. Therap.*, pag. 288, 1872.

bra ed altri un tempo ritennero, che il rinoscleroma con la sifilide sia collegato; nè che, come lo Hebra stesso più tardi ed il Kaposi insieme pensarono, sia da classificarsi fra i sarcomi di granulazione o gliosarcomi; nè che sia da riportarsi, come il Tanturri (1) fece, fra gli epiteliomi; nè che come il Geber (2) ritenne, sia esso causato da una irritazione lenta, flogistica, per la quale si sviluppi una infiltrazione e una proliferazione del tessuto mucoso e sottomucoso; nè, con Mikulicz (3) e Billroth, che sia un processo flogistico lento, che si inizî con una infiltrazione di piccole cellule nel tessuto morboso, le quali facciano scomparire gli elementi normali senza la distruzione del tessuto infiltrato, ma con la formazione invece di un tessuto connettivo; nè che in fine e di nuovo, come il Gamberini volle, possa avervi influenza la sifilide. Varî autori, e fra questi Mikulicz, hanno espresso la opinione, che detta affezione fosse dipendente forse dalla sifilide ereditaria, ma nè nello sviluppo, nè nel corso del processo, nè nelle condizioni individuali degli ammalati si trova alcuno appoggio per una tale opinione, anzi si trova una fortissima ragione contraria nel fatto, da tutti confermato, che il morbo in parola non si cambia minimamente, nè con la cura antisifilitica locale, nè con quella generale.

---

(1) Tanturri. — Un caso di rinoscleroma Hebrae. *Morgagni*, n. 1, 1872.

(2) Geber. — Ueber das Wesen des Rhinosclerom. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, pag. 493, 1872.

(3) Mikulicz.—Ueber das Rhinosklerom. *Langenbeck's Archiv. f. Chirurgie.* Bd. XX, 1876

Tutti questi osservatori poi basavano i loro studî e le loro ipotesi su i caratteri istologici della affezione, chiara clinicamente, quando il Frisch (1) di Vienna, dopo ripetute ricerche in dodici casi di rinoscleroma, si faceva persuaso che era d' uopo ricercare una cagione locale, specifica di questa neoformazione cellulare, onde rischiararne la etiologia. Mentre il Frisch nel 1882 rendeva noto questo suo lavoro, il Pellizzari (2) nella sua importante monografia, veniva a quasi identiche conclusioni. Dopo questi, le ricerche premurose, gli studî pazienti di Cornil e Alvarez (3) che meglio il bacillo speciale descrissero, di Payne (4), di Wolkowitsch (5), di Paltauf (6), di Mandel-

---

(1) A. v. Frisch. — Zur Aetiologie des Rhinoskleroms. *Wiener med. Wochenschr.*, n. 32, 1882.

(2) C. Pellizzari. — Il Rinoscleroma. *Archivio della scuola d' Anat. pat. di Firenze*, Vol. II, Firenze, 1883.

(3) Cornil e Alvarez. — Sur les microrganismes du Rhinosclérome. *Annales de Dermat. et de Syph.*, n. 4, 1885; e Memoire pour servir à l' histoire du Rhinosclérome. *Arch. de Physiol. norm. et path.*, 2° sem. pag. 11, 1885.

(4) Payne. — *Deutsche Med. Zeitung*, n. 89, 1885.

(5) Wolkowitsch. — Zur Histologie und parasitären Natur des Rhinoskleroms. *Centralbl. für med. Wissensch*, n. 47, 1886.

(6) Paltauf. — Ueber Rhinosklerombacillen. — *Centralb. f. Bakt. u. Parasitenk*, Bd. 1, n. 8, 1887; e Paltauf u. Eiselberg. — Zur Aetiologie des Rhinoskleroms. *Fortschritte der Medizin*, nn. 19 e 20, 1886.

baum (1), di Mikulicz (2), di Barduzzi (3), di Mibelli (4), di Ducrey (5) e di altri molti, hanno posto fuor di ogni dubbio esser tale malattia, come la lebbra, come il lupus di natura parassitaria.

Questo fatto è oggi comunemente ammesso, oggi che tutti han potuto, coi più semplici mezzi, riscontrare costante, numeroso, esclusivo e sempre identico in ogni caso di rinoscleroma, il bacillo che se ne ritiene essere il generatore.

Si presenta esso sotto l'aspetto di batterio a estremità ovoidi, capsulato, più o meno allungato (secondo Alvarez la lunghezza sua varia da μ 2, 5 a 3, ma se ne trovano anche di più piccoli di figura ovoide o presso a poco sferica, ed altri la cui lunghezza può arrivare sino a 7 μ e anche più, con una larghezza di μ 0,4 a 0,5), rassomigliante molto a quello della pneumonite.

É anzi questa rassomiglianza tanto grande, che per alcuni, anche oggi, il bacillo del ri-

---

(1) Mandelbaum. — Ueber Rhinosklerom. — *Wratsch*, n. 38, 1887.

(2) Loco cit.

(3) Barduzzi. — Di un caso di Rinoscleroma. Pisa, 1884.

(4) Mibelli. — Un caso di Rinoscleroma. Studio clinico, istologico e batteriologico. *Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle*, n. 1-2. 1888.

(5) Ducrey. — Contributo clinico istologico e batteriologico allo studio del Rinoscleroma, con ricerche sperimentali sulla concorrenza vitale fra il bacillo del rinoscleroma e lo streptococco dell' erisipela. *XIV Congresso dell'Assoc. Med. It.*, agosto 1891.

noscleroma altro non sarebbe che quello della pneumonite (di Friedlaender) localizzatosi e sviluppatosi nei tessuti del naso, delle labbra e delle regioni faringo-laringee.

Se però tale rassomiglianza esiste, si è veduto non essere dessa identità, perocchè molteplici caratteri servono a differenziarli.

Il Ducrey (1), in un lavoro comunicato al XIV Congresso della Associazione medica italiana tenuto in Siena nell'agosto dello scorso anno, ha potuto dimostrare, come il bacillo del rinoscleroma non si possa assolutamente identificare col bacillo del Friedländer, specialmente per una trasparenza ed una opalescenza maggiore che le colonie in galatina del bacillo del rinoscleroma, spesso hanno in confronto di quelle dello pneumo bacillo; per un'incremento maggiore che le colonie del Friedländer assumono su lastre di gelatina così in ampiezza come in spessezza di quelle del bacillo rinoscleromatoso, per una vita più lunga delle prime, in confronto a quella delle seconde; per lo sviluppo differente di gas, mancando questo quasi del tutto nel tubo di gelatina innestato per infissione con cultura di rinoscleroma, ed avendosi invece lo sviluppo di numerose bolle, fin dal 3° o 4° giorno, in quello innestato con bacillo del Friedländer, fatto questo che si riscontra anche nelle culture fatte in brodo e tenute nel termostato a 20°.

Differenze notevoli pure si riscontrano con lo studio al microscopio delle colonie nella camera del Petri o dello Schreiber. Quel-

(1) Loco cit.

le del bacillo del Friedländer si presentano quasi sempre, durante tutta la lor vita, omogenee in tutta l'estensione loro e finamente granulose, mentre quelle di rinoscleroma solo in principio si presentano omogenee di aspetto, per variare radicalmente in seguito.

In fine, le inoculazioni agli animali col bacillo del rinoscleroma sono riuscite sempre negative, non così quelle praticate col bacillo della pneumonite.

Da tali fatti bisogna indurre, che se a tutta prima rassomiglianza grande esiste fra il bacillo del rinoscleroma e lo pneumococco del Friedländer, i varî e numerosi caratteri biologici, microscopici e sperimentali dell'uno e dell'altro servono a differenziarli.

Questo bacillo del rinoscleroma, corto, poco grosso, con estremità arrotondate, che come quello del Friedländer è rivestito da una capsula, non era però da tutti, anche per lo passato, a questo ritenuto identico, per il fatto che colorandosi ambedue con i colori comuni di anilina, il secondo, lo pneumococco, non si prestava alle doppie colorazioni decolorandosi esso con il metodo di Gram, mentre il bacillo del rinoscleroma, poteva anche con questo metodo esser messo in evidenza.

§ II.

I bacilli del rinoscleroma o si trovano liberi nel tessuto, o nell'interno dei vasi e delle lacune linfatiche, o nelle grandi cellule ialine, [illegible] [illegible], che Cornil ed Alvarez ritennero come un reperto della massima considerazione, tale anche da potere far ri-

posare su di esso esclusivamente la diagnosi della affezione quando fosse dubbia.

Il Mikulicz esattamente descrisse, come caratteristiche del rinoscleroma, tali cellule ialine che in verità non hanno la importanza che loro si voleva attribuita, come il Del Chiappa (1) più tardi ha potuto stabilire. Egli infatti ha dimostrato che i così detti globi ialini, non sono per nulla speciali del rinoscleroma, come si era creduto per lo passato; ma possono trovarsi anche in altre neoformazioni dipendenti da svariati processi flogistici cronici.

I batterî del rinoscleroma che, come abbiamo detto, possono impiantarsi nell'interno dei vasi linfatici o di questi globi ialini, o, in fine, rimanere liberi nel tessuto e che un calore secco della temperatura di 65° uccide, crescono facilmente e dànno luogo a culture rigogliose, così nell'agar come nel siero di sangue, sulle patate come nella gelatina e nel brodo. La differenza che in essi si riscontra quando si sieno fatti sviluppare nei terreni di nutrizione solidi, o nei terreni di nutrizione liquidi, è questa: che nel primo caso si presentano come bacilli capsulati, mentre nel secondo questa capsula non si osserva. Lo sviluppo di questi poi, che si compie benissimo nei mezzi di reazione normale, è invece impedito e cessa così nei tubi alcalinizzati come nei mezzi acidi.

Tali bacilli, che secondo una recente co-

(1) Del Chiappa.—Sul valore diagnostico dei così detti globi ialini del rinoscleroma. *Giornale It. delle malattie ven. e della pelle*, n. 2; 1888.

municazione del prof. Mibelli (1) facilmente si mettono in evidenza anche col carminio alluminoso di Grenacher • che da solo serve a dare dei magnifici preparati e così chiari anzi come con nessun altro metodo, si riscontrano costantemente, esclusivamente ed in gran numero in ogni caso di rinoscleroma, tanto che, con il loro reperto, può rendersi chiara e certa una diagnosi di rinoscleroma, che, per i caratteri clinici, oscura ed incerta si presentava. In essi si ritiene generalmente riscontrarsi il principio etiologico del male; per essi, si fa da tutti rientrare il rinoscleroma nella categoria dei morbi di natura parassitaria.

È questo un dato della massima importanza e che va tenuto nella più grande considerazione, quando debbasi parlare dei criterî terapeutici di tal forma morbosa.

§ III.

Non tutto è però completamente chiaro nella etiologia del rinoscleroma. Certo che la presenza costante, l'abbondanza, la esclusività, ci inducono a ritenere, come la più gran parte degli sperimentatori oggi ritengono, che il rinoscleroma stesso sia una malattia dovuta al bacillo speciale del quale già abbiamo fatto parola, ma siccome nelle esperienze di inoculazione non si è mai, (in verun animale sul quale si è sperimentato, nel coniglio come nel cavallo, nelle cavie come

---

(1) V. Mibelli.—Un nuovo metodo di colorazione dei bacilli del rinoscleroma. *Giornale It. delle malattie ven. e della pelle.* A. 1891 pag. 205.

nei topi, nei cani come nei gatti), avuto un fenomeno qualsiasi, che in un certo qual modo anche lontanamente ricordasse quelli del rinoscleroma, sarebbe bene, a parer mio, aspettare nuove ricerche prima di dare un giudizio assoluto sul valore specifico di questo microrganismo.

Fino ad ora tutte le inoculazioni praticate o con pezzi di tessuto emulsionato in brodo sterile, o con culture pure del bacillo, non hanno mai dato sviluppo a noduli, che potessero far pensare a ripetizione del processo. Fino ad oggi, pur troppo, la prova positiva della riproduzione del morbo ci manca e, o per i metodi adoperati fin qui, non atti forse ad ottenere la ripetizione del male, o forse per gli animali fin qui scelti, refrattarî a questa malattia, la inoculazione, con la quale verremmo chiaramente a sapere i rapporti etiologici che il bacillo riscontrato può avere col morbo in parola e se rappresenti esso veramente il momento etiologico essenziale della malattia, ha dato fino ad ora risultati negativi.

È ben vero che nella inoculazione del morbo in parola agli animali inferiori, dobbiamo noi tener conto di un fatto, che clinicamente si osserva in tal processo, ed è la lentezza grande del suo sviluppo. Ora non credo, per quanto io mi sappia, che gli sperimentatori abbiamo continuato su gli animali le loro osservazioni, per un tempo che potrebbe sembrare forse anche eccessivamente lungo, ma che tale però non è per il rinoscleroma, malattia ad andamento lentissimo. Per essa non si può, a parer mio, pretendere che solo due o

tre mesi dalla inoculazione, bastino a far vedere sorgere lo sviluppo del male, che invero solo dopo lungo spazio di tempo può farsi manifesto.

Per riassumere quanto fin qui abbiamo detto sulla natura del rinoscleroma e sulla etiologia sua, necessaria quanto altra mai a ben conoscersi prima di parlare della cura di esso, al punto in cui sono oggi le cognizioni nostre, bisogna dire esser noi nel vero, ritenendo che, anche malgrado il risultato negativo delle inoculazioni praticate, il microrganismo costantemente rinvenuto debba, molto probabilmente , ritenersi, anche per l'abbondanza e la esclusività sua, l'elemento produttore del male.

Per quanto però tal malattia appaia di natura parassitaria, non è certo essa contagiosa, non essendosi verificato mai il fatto di vederla trasmessa da un individuo affetto ad uno sano, anche vivendo in intimi rapporti. Anche nel caso del Chiari nel quale quattro menbri di una stessa famiglia presentavano lesioni delle prime vie respiratorie , quali nel rinoscleroma all'incirca si riscontrano, e il morbo avea realmente l'aspetto di una malattia infettiva, nessuno però di quei malati presentò un vero e proprio rinoscleroma.

§ IV.

Ammessa così la natura parassitaria del male, dobbiamo ancora dire poche parole sulla potenza vitale di questo microrganismo , prima di passare a discutere del modo di combatterlo e vincerlo.

Una osservazione clinica che possiamo fa-

cilmente fare si è che, esciso ad es. un nodulo e prodotta una soluzione artificiale di continuo sul tessuto del rinoscleroma, noi vediamo facile la cicatrizzazione, noi vediamo la parte ricoprirsi di epidermide con straordinaria rapidità e difficilmente osserviamo sulla lesione impiantarsi un processo piogeno. Da tal fatto clinico deduciamo che la prevalenza vitale del bacillo rinoscleromatoso sui microrganismi comuni, esser deve grandissima.

Il Ducrey (1) poi ha voluto studiare negli animali qual fosse la concorrenza vitale del bacillo del rinoscleroma, in confronto allo streptococco dell' erisipela ed è venuto alle seguenti conclusioni:

1. Il bacillo del rinoscleroma vince in concorrenza vitale lo streptococco dell' erisipela.

2. Una cultura di erisipela, su cui ha agito, in modo vario, una cultura di rinoscleroma, può attenuarsi nella sua virulenza fino a riuscire assolutamente innocua all' animale (coniglio) cui viene inoculata.

Il bacillo del rinoscleroma, adunque, presenta così spiccata, così grande la prevalenza vitale su molti microrganismi, che essa serve a farci spiegare tanti fatti, dei quali in altro modo non potrebbesi trovare la vera e reale loro soluzione.

§ V.

Lo studio istologico dei tessuti affetti ci mostra chiaramente consistere il rinoscleroma in una infiammazione cronica, a decorso len-

(1) Loco cit.

tissimo, infiammazione che non si sviluppa prima, e regolarmente comincia, come molti autori affermano, in una pinna nasale od al setto del naso, o in una parola nel terzo anteriore delle cavità nasali, senza alterazione veruna delle narici posteriori e da quel punto poi, con formazioni sempre nuove, diffondendosi verso l' interno, l'una e l'altra delle narici invada e le restringa prima e finalmente del tutto le obliteri poi, e da quelle alle narici posteriori si estenda, al palato molle, alla epiglottide, al cavo laringeo nella porzione sua superiore e nella regione sub-cordale.

Questa lesione ad andamento lentissimo può svilupparsi invece nelle sedi più varie.

Sono stati, è vero, osservati individui nei quali la localizzazione prima, o meglio la manifestazione prima del male, era stata o alle pinne nasali, o alle narici anteriori, ma ne sono stati anche veduti altri, che presentavano ad es. solamente una infiltrazione circoscritta ai dintorni delle coane o degli archi palatini primariamente, senza o prima dell'affezione al naso membranaceo, o ad es. all'ugola e tale, che solo per i suoi caratteri poteva far sospettare la diagnosi, convalidata poi dal risultato positivo delle culture e dal corso ulteriore della malattia.

Secondo varî autori il punto di partenza del rinoscleroma deve sempre ricercarsi nello spazio naso-faringeo.

Può darsi invero che, anche quando visibilmente il male alle narici ad es. o all'istmo delle fauci o anche in fine alla laringe appaia circoscritto e tale per lungo tempo in apparenza rimanga, possa esistere anche in

punti lontani da quello chiaramente ammalato, in punti che clinicamente direbbesi immuni, potendo l'infiltramento del tessuto mucoso e del sottomucoso specialmente, perdurare anche per anni, senza che all'esame obiettivo nulla di neoplastico si presenti. In un caso di Pellizzari C. ad es., in cui si avea la localizzazione al naso e che anche dopo varî anni non mostrava alcuna alterazione appariscente all'istmo delle fauci o ai contorni glottici, o alla laringe, dopo varî accessi di soffocazione dovea procedersi alla tracheotomia per una localizzazione in quell'organo.

Noi sappiamo che il rinoscleroma dal punto di vista clinico consiste essenzialmente in una infiltrazione dei punti ammalati per delle piastre sollevate o dei tubercoli isolati o confluenti, di un color rosso vivo o brunastro, di una durezza cartilaginea, avendo tutti però una certa elasticità. Ora questi infiltrati non sorgono dagli strati superficiali della pelle e della mucosa, sibbene dai profondi e di là si propagano agli strati superficiali e ai profondi e siccome il processo oltre a diffondersi per continuità di tessuto, può anche insorgere per nuovi focolai di auto-infezione, si spiega lo insorgere suo in punti più o meno lontani da quello primitivamente affetto. La neoplasia poi subisce talvolta un processo di raggrinzamento, con formazione di cicatrici fibrose ed è quasi sempre simmetrica.

È questa una malattia ad andamento lentissimo, non collegata a manifestazioni generali nè ad adenopatie, che non ha in niun caso esercitato influenza alcuna sulle condi-

zioni dell'organismo ed è una affezione maligna per la tenacità sua, per la sua tendenza a riprodursi e ad estendersi.

§ VI.

Ho voluto a bello studio, prima di entrare a parlare della cura del rinoscleroma, ricordare quanto oggi si conosce sull'etiologia di tal morbo. Essa è indispensabile sempre a sapersi, onde potere, prendendo le mosse da quella, intraprendere la cura più razionalmente possibile, la cura a cui tutte le ricerche, tutti i lavori degli studiosi tendono e convergono come a loro naturale meta.

Prima ancora però di parlare dei tentativi fino ad oggi fatti per vincere tal morbo e dei risultati fino ad oggi ottenuti, mi sia permesso riassumere la storia di un ammalato di rinoscleroma, che mi ha offerto l'occasione di questo lavoro

Non è un caso nuovo questo, che mi sia stato dato osservare nella Clinica dermo-sifilopatica di Siena, non è un caso nuovo da aggiungere ai pochi fino ad oggi osservati, quello del quale sono per dir la storia. Servì esso già al dott. Mibelli (1) quand'era aiuto nella nostra Clinica, oggi professore nell'Università di Cagliari, per un interessante studio clinico, istologico e batteriologico. Nulla saprei ora aggiungere a tale memoria, se i fatti che in seguito, nel campo della Clinica, si

---

(1) V. Mibelli. — Un caso di rinoscleroma. Studio clinico, istologico e batteriologico. (*Giorn. It. delle malattie ven. e della pelle.* Anno 1888, p. 41 e seg.

sono nel nostro paziente svolti, le osservazioni e le applicazioni che su di esso abbiamo in progresso di tempo potuto fare, non mi incoraggiassero a dire ancora poche parole su questo interessante caso.

Non riporterò io qui la storia dettagliatamente accurata già dal prof. Mibelli pubblicata nel lavoro sopra ricordato, ma accennerò solo i punti principali di essa, per riallacciarli così a quello che abbiamo potuto osservare in questi ultimi tempi.

Torello Pertici di anni 41, coniugato, mugnaio, è nato nel comune di Montaione (provincia di Firenze) ed è ora domiciliato nel comune di Chiusdino (provincia di Siena). — Nulla di gentilizio si rileva dalla storia. Il paziente ha sempre lavorato come mugnaio e come falegname aggiustatore di ritrecine, per la quale ultima occupazione ha dovuto passare anche intiere giornate in località umidissime e malsane. In questi ultimi tempi però ha affatto abbandonato questa ultima occupazione, continuando solo, come per lo innanzi, nella sua professione di mugnaio. Ha condotto sempre vita regolata, abusando solo un pò del vino; è fumatore da molti anni, mai è stato fiutatore di tabacco. Ha sofferto varie malattie proprie dell'infanzia e da ragazzo e da giovane è andato molto soggetto a frequenti corizze; mai soffrì di epistassi.

L'inizio del suo male risalirebbe all'anno 1876, all'epoca del suo servizio militare. Cominciò a soffrire allora, di quando in quando, di dolori al capo leggeri dapprima, poi più forti e localizzati il più spesso alla fronte, alle tempie e qualche volta anche alla

nuca, con propagazione ai muscoli posteriori del collo; in seguito comparve un dolore di gola che di tanto in tanto si ripeteva e sempre cedeva all'uso di collutorî. A quanto il malato afferma, niente altro che un lieve rossore vi avrebbe il medico riscontrato. Quando i dolori di capo e di gola apparivano, il malato si sentiva preso da un malessere generale, meno potea sostenere le fatiche militari, ed il naso, sempre pur permeabile all'aria, era maggiormente intasato. Starnutiva più spesso, spessissimo dovea soffiarsi il naso, perchè il flusso nasale, costituito da una sostanza giallastra, talora mista a sangue, era molto più abbondante di prima. Talora ebbe invece una esagerata formazione di croste.

Una percossa sul dorso del naso gli fece perdere molto sangue, si tumefece e per molti giorni fu dolente e impervio all'aria; poi il solito scolo si fece più abbondante di prima. Il dolore di capo divenne allora più intenso e continuo specialmente alla regione frontale, a preferenza quando le vie naso-faringee erano meno pervie all'aria.

Debolissimo, notevolmente dimagrato, tormentato spessissimo dai dolori di capo e da senso di secchezza alla gola, provava una certa difficoltà a respirare dal naso, quando per la prima volta, nel 1880, gli accadde di vedere, che, bevendo, il liquido in gran copia dalle narici refluiva. In capo a qualche settimana poi il naso divenne completamente impervio. Ebbe allora a soffrire lievi dolori lancinanti al fondo del meato auditivo esterno di ambedue gli orecchi e un lieve grado di otorrea; l'ottusità del senso dell' u-

dito, lieve dapprima, si fece in questo tempo molto maggiore. Solo quando le vie del naso divennero impervie, notò una lieve modificazione nel timbro della voce.

Assuefatto ormai dal tempo a queste sue sofferenze, mai avea consultato un medico, e solo nel giorno di Pasqua del 1882, svegliatosi dal sonno sopraggiunto a troppo copiose libazioni, per un violentissimo dolore di gola, per un senso insolito di raschiamento, per la emissione di muco sanguinolento, chiamò un medico che constatò gravi erosioni al margine libero del velo pendulo con perdita completa dell' ugula. Fu sospettata una forma di sifilide tardiva, per la quale, anche da altri sanitarî, gli fu prescritta la cura specifica che fece senza risultato.

Il naso intanto, fattosi anche un pò dolente, cominciò a tumefarsi, sempre rimanendo impervio, e dando luogo a copiosa secrezione. Nel dicembre del 1886 sopraggiunse anche una sordità quasi completa, che però fu passeggiera. Dalla apertura della narice sinistra cominciò a protundere una escrescenza carnosa, rossa e un pò dolente, che il malato si strappava con le unghie e che ben presto si riproduceva. In seguito tal fatto fu osservato anche dalla narice sinistra. Su i primi del 1887 cominciarono ad apparire alterazioni anche alle parti esterne del naso; comparve verso la punta una rilevatezza emisferica, grossa quanto un pisello, indolente, che lentissimamente si accrebbe.

Per queste esterne manifestazioni si decise il malato ad entrare per la prima volta in

questa Clinica, dove fu ammesso il 26 settembre 1887.

Il naso appariva allora notevolmente ingrossato e di figura grossolanamente globosa e la pelle, un poco più scura di quella del resto del viso, appariva un poco tesa e lucente. All'apice e un poco a sinistra si osservava un nodulo della grossezza di un lupino e il cui rivestimento cutaneo appariva un poco assottigliato e come essiccato. Dalle aperture delle narici, non molto deformate, si vedevano uscire due masse polipiformi, di color roseo, a superficie rugosa e che di poco sorpassavano la apertura. Si avea assenza completa di edema o di fenomeni infiammatorî ai contorni delle parti affette.

Alla palpazione tutta la porzione cartilaginea del naso offriva la sensazione di una forte resistenza, come se le cavità nasali fossero ripiene di una sostanza molto dura. Il nodulo situato all'apice del naso invece si presentava piuttosto molle, specialmente al centro. Non era possibile far passare il dito e neppure un istrumento sottile a traverso le aperture delle narici e le cavità si sentivano ripiene di masse neoformate a superficie rugosa e di una certa durezza. Niun dolore si suscitava spontaneamente, ma solo si faceva vivo al tentativo di introduzione del dito. L'olfatto poi era completamente abolito e un odore sgradevole, in grado mite però e che ricordava quello dell'ozena, si apprezzava avvicinandosi al naso del paziente e un liquido, avente l'aspetto di una soluzione di albumina un poco torbida con lo stesso cattivo

odore, spontaneamente fuoriusciva dalle narici di lui.

Non potè per queste lesioni esser praticata la rinoscopia anteriore, nè fu possibile la rinoscopia posteriore per le lesioni che il palato molle presentava. Esso appariva straordinariamente alterato in sè stesso e nei suoi rapporti topografici, non esisteva più istmo delle fauci, non vi era più traccia di ugula nè di amigdale; non esistendo più i pilastri dell'istmo anche gli archi palato-glosso e palato-faringeo non eran più dimostrabili, rimanendo anteriormente appena un vestigio dei primi. Da una linea orizzontale supposta tesa fra l'uno e l'altro dente superiore della sapienza in basso, tutta la parte appariva liscia ed umida, con qualche stria di muco qua e là, in alcuni punti rossa, in altri bianco-giallastra, ineguale, bernoccoluta, anfrattuosa, simile ad antico tessuto di cicatrice. Sulla laringe nessuna alterazione si constatava dallo esterno. All'esame laringoscopico, reso difficile dalla impossibilità di spingere in alto il velopendulo fattosi rigido e prolungantesi eccessivamente in basso, si riconosceva perfettamente sana la base della lingua alla quale completamente aderiva la epiglottide. Questa si presentava come un grosso cercine carnoso, rosso, a curva irregolare, più rilevato cioè a destra che a sinistra e rimanente immobile in tutte le manovre al malato fatte eseguire per determinarne i normali movimenti. Le corde vocali superiori apparivano notevolmente ingrossate e rosse , ma funzionavano normalmente tanto nelle note alte che nelle note basse.

Il malato, che avea il gusto grandemente diminuito, provava un senso di secchezza alla gola più forte nella notte e una certa molestia nel fumare e nel bere alcoolici forti. Bevendo in fretta o fumando era talvolta preso da accessi di tosse violenta e da senso di costrizione laringea. La facoltà auditiva appariva diminuita e a sinistra il rumore di un orologio da tasca era avvertito distintamente solo alla distanza di 30 centimetri. In questo lato, in cui il paziente avea una sensazione di fischio quasi continua, il meato auditivo esterno appariva notevolmente ristretto. A destra il rumor dell'orologio era apprezzato a un metro di distanza. Negli organi interni, molti segni certi di un processo di lenta pneumonite interstiziale all'apice di ambedue i polmoni.

Ricusandosi il malato a qualunque intervento chirurgico, venne sottoposto ad una cura interna di ioduro di potassio e ad una esterna di frizioni con pomata della metà, mentre entro il naso, due volte al giorno, veniva applicato un unguento di sublimato corrosivo alla dose di 0,33 su 100 di vaselina. Il 16 ottobre poi veniva esciso il nodulo situato alla punta del naso e il 27 dello stesso mese il malato abbandonava la Clinica in condizioni se non identiche, piuttosto peggiori di quelle che erano all'epoca della sua ammissione.

Il 23 gennaio 1888 faceva di nuovo ritorno in Clinica. Il suo stato continuava immutato. Vennero allora escise le masse polipiformi delle aperture nasali e venne eseguito il raschiamento delle cavità onde vuotarle, per quanto era possibile, del tessuto neoplastico. Fu pure tentato il passaggio di una cande-

letta olivare (N. 10 Charrière) ma senza grandi risultati. Il 3 febbraio il malato abbandonava la Clinica avendo guadagnato una piccola diminuzione nel volume del naso e un leggerissimo grado di sensibilità olfattiva.

Dal 3 febbraio 1888 al 13 luglio 1890 ben altre cinque volte si portava il Pertici nella Clinica dove sempre gli furono escisi, sottoponendovisi esso di buona voglia, numerosi noduli che mano mano erano venuti nuovamente formandosi e sul dorso e alle parti laterali del naso. Fu pure sempre necessario ogni volta il raschiamento delle masse neoformate nelle narici e fu sempre praticata insieme la introduzione di una candeletta che riuscì a passare a poco a poco discretamente, rendendo un pò di pervietà alle narici stesse. Per aumentare la dilatazione di queste fu introdotto più di una volta un bastoncello di laminaria ma senza gran risultato. Potè così il paziente condurre innanzi la vita attendendo sempre ai lavori suoi di mugnaio. Quando però il 26 novembre 1890 veniva ancora una volta ammesso in Clinica, le condizioni sue eransi più del solito aggravate.

Benchè solo qualche nodulo piccolo apparisse sotto la cute del naso, le narici erano di nuovo quasi del tutto impervie all' aria non solo, ma anche la respirazione per la bocca non si compieva più come per lo innanzi. Fino a questo tempo, anche lavorando, mai si era accorto di una difficoltà al respiro come ora notava, rauca si era fatta la voce, frequenti accessi di tosse lo molestavano e grande era il deperimento generale. Il suo peso corporeo infatti, che all' epoca del suo

arruolamento era di 60 chilogr., che nel novembre del 1877 era sceso a 56 e che da allora in poi si era sempre mantenuto fra i 54 e i 58 chilogr., era il 26 novembre 1890 grandemente diminuito, era ridotto a chilogr. 46 e 300. Le fatiche del suo mestiere, che avea fino a questo tempo potuto sostenere senza sforzo, ora gli sembravano gravi eccessivamente. Scarso l'appetito, si sentiva spesso stanco, spossato anche prima di intraprendere il suo lavoro.

All'esame laringoscopico si notava che le lesioni sopra ricordate aveano fatto grandi progressi. La epiglottide non era ridotta che a un piccolo cercine e l'apertura laringea deformata e ristretta tanto da un tessuto di aspetto cicatriziale, di un colorito biancastro, che appena avrebbe permesso il passaggio di una penna d'oca di media grossezza.

Vedendo allora come il male facea i suoi progressi, come difficile se non impossibile fosse lo arrestarlo nel suo decorso ulteriore, vedendo allora che più che alle lesioni che il rinoscleroma al naso avea portate, occorreva cercar di rimediare a quelle della retrobocca e più della laringe, pensammo di tentare, benchè l'esito poco ci aspettassimo felice, la cura con la tubercolina del Koch allora quando di essa si concepivano le più rosee speranze, allora quando altri ammalati stavano per essere in Clinica sottoposti alla identica cura. Prima di applicare questo rimedio, il paziente, che d'altronde ben conosceva lo stato grave in cui versava, a tutto disposto, accolse volenteroso la proposta di sottoporsi alla operazione della tracheotomia, onde li-

berarsi dei gravi disturbi respiratorî che la stenosi della laringe gli arrecava e per togliere di mezzo il pericolo che la stenosi stessa, avanzatissima, potesse finire un giorno non lontano col chiudere completamente ogni passaggio all'aria.

I primi di gennaio del 1891 il prof. Remedi praticava su di lui la tracheotomia inferiore ed il 15 gennaio stesso dalla Clinica Chirurgica tornava nella nostra Clinica.

L' esame degli organi respiratorî ci facea apprezzare i segni di un catarro tracheo-bronchiale, limitato alle prime diramazioni e una secrezione mucosa, discretamente abbondante, fuoriusciva dalla apertura praticata sulla trachea e dalla cannula tracheale ad ogni colpo di tosse; non accusava però verun disturbo, dormiva sonni tranquilli e mangiava di buon appetito.

Fatto anche l' esame delle urine e della temperatura, si iniziava il 21 gennaio 1891 la cura con la iniezione ipodermica, nella regione interscapolare destra, di un milligr. di linfa del Koch. In seguito a questa si ebbero i fenomeni generali oramai già conosciuti e cefalea e fotofobia. La temperatura però non andò grandemente aumentando, essendosi avuto solo un massimo di 37° 5. L'appetito intanto aumentato pochi giorni dopo praticata la tracheotomia andava sempre crescendo, mentre localmente, sul naso, nessuna modificazione si notava.

I risultati ottenuti su questo malato con le successive inoculazioni di tubercolina del Koch, sono i seguenti:

23 Gennaio. — 2ª iniezione di milligr. due.

Temperatura massima 37°,8. Niun fenomeno nuovo, tranne qualche lievissimo dolore lancinante al naso. Tosse e secrezione catarrale leggermente diminuite.

27 Gennaio. — 3ª iniezione di milligr. tre. Fenomeni generali un pò più spiccati. Temperatura massima 39°,1. Immutate le condizioni del naso, solo dalla narice sinistra leggera secrezione di sostanza semifluida, giallastra, simile quasi all'albume d'uovo. Rinoclismi con soluzione di acido borico.

29 Gennaio. — 4ª iniezione di milligr. quattro. Temperatura massima 38°, 1. Fenomeni generali soliti.

31 Gennaio. — 5ª iniezione di milligrammi cinque. Temperatura massima 39°, 1. Condizioni del naso immutate. Continua in tenue grado la fuoriuscita del solito liquido torbido.

2 Febbraio. — 6ª iniezione di milligr. sei. Temperatura massima 37°,8.

5 Febbraio. — 7ª iniezione di milligr. sette. Temperatura massima 38°,2.

11 Febbraio.—8ª iniezione di milligr. otto. Temperatura massima 38°,8.

17 Febbraio. — 9ª iniezione di cgr. uno. — Temperatura massima 38°,2. Fenomeni generali soliti sempre in grado lieve. Immutate sempre le condizioni del naso. Secrezione cessata. Migliorate grandemente le condizioni generali.

19 Febbraio.—Peso corporeo al suo ingresso in Clinica (26 novembre 1890) kil. 46,300; il 21 gennaio (18 giorni dopo praticata la tracheotomia) kilogr. 46,700; oggi kilogr. 51,230.

23 Febbraio.—10ª iniezione di cgr. uno.

Temperatura massima 37°,9. Si abbandona la cura con la linfa del Koch.

28 Febbraio.—Lascia la Clinica. Le condizioni delle parti ammalate son rimaste immutate. Miglioramento grande nelle condizioni generali iniziatosi subito dopo praticato un nuovo e più facile passaggio all'aria.

Da questo giorno ad oggi due volte è tornato di nuovo per pochi giorni in Clinica per farsi praticare sempre la escisione di qualche nodulo, il raschiamento delle masse neoformate nelle cavità nasali e la dilatazione di queste col solito mezzo delle candelette.

Il 20 maggio, l'ultima volta che lo abbiamo veduto, le condizioni generali si mantenevano buone, le funzioni tutte della vita vegetativa in maniera normale si compievano, ed esso continuava sempre ad attendere al consueto suo lavoro. Il peso corporeo era di kilogr. 51,08.

Già 17 mesi eran trascorsi dal giorno in cui gli era stata praticata la tracheotomia senza che per parte dell' apparato respiratorio, anche nelle sue prime vie, avesse avuto a lamentarsi del più piccolo disturbo. La localizzazione solo al naso era quella che maggior molestia gli arrecava per la continua sua recidiva e quella per la quale reclamava sempre il nostro soccorso.

§ VII.

Alcune brevi considerazioni ci consiglia il presente caso. Senza fermarci a notare il quadro clinico dal nostro paziente presentato, senza intrattenerci a illustrare e l'inizio del male e l'andamento suo e i fenomeni varî

che, per il tema prefissoci, son per noi di importanza secondaria, diremo solo che nel caso presente, pure, quando esso fu sospettato come una forma di sifilide tardiva, la cura antisifilitica prescritta, pur non nuocendo, non spiegò efficacia veruna, fatto questo che ci fa ancora una volta chiaramente vedere come tale cura, un tempo da molti nel rinoscleroma ripetutamente consigliata, sia giustamente caduta nel più grande discredito, per non spiegare veramente essa nel rinoscleroma stesso veruna benefica azione.

Inefficaci pure riuscirono le cure risolventi (cura jodica, frizioni locali con pomata della metà) e le applicazioni ripetute di una pomata al sublimato, da alcuni caldamente raccomandata come quella che poteva anche portare a guarigione.

Senza intrattenerci a parlare della cura tentata con la tubercolina del Koch, riuscita in questo come in altri affatto inefficace, con la tubercolina, ricordo storico di generosa aspirazione, diremo che anche la cura chirurgica, anche la escisione parziale e il raschiamento dei noduli e delle masse polipiformi non valsero ad impedire una recidiva che si riscontrò grande, continua, frequente anche nei punti dal tagliente attaccati e che solo la tracheotomia fatta in tempo debito nella localizzazione del rinoscleroma alla laringe, fatta prima che si avessero accessi gravi di soffocazione, quasi direi come cura preventiva e non quando ne fosse stata dichiarata l'urgenza, portò i suoi benefici effetti, migliorando grandemente le condizioni generali del paziente, non esponendolo più al perico-

lo che in caso diverso gli sovrastava e non portando d'altro lato essa disturbo veruno di una qualche entità.

§ VIII.

Il rinoscleroma, o meglio rino-faringoscleroma come il Köbner lo chiamò, abbandonato a sè stesso non si arresta mai nel suo sviluppo, non mostra mai tendenza alla metamorfosi regressiva. Non si osserva mai nè involuzione spontanea, nè distruzione suppurativa o ulcerazione, ma esso si accresce sempre, si diffonde fino alla obliterazione completa delle vie naso-faringo-laringee. Talvolta nascono delle erosioni superficiali con formazione di tenue quantità di secreto, ma non servono esse affatto a portare la distruzione del male.

Senza tener conto dei fenomeni subiettivi dai pazienti provati, senza tener conto della deformazione che questa malattia porta nelle parti affette, la quale solo in modo secondario deve preoccuparci, senza anche tenere in gran conto la dacriocistite, che può talora verificarsi dalla deviazione del condotto nasolacrimale, deve pure il medico sorvegliare continuamente il malato per intervenire almeno quando l'istmo delle fauci eccessivamente si retragga o la laringe venga ad esserne attaccata al punto che la respirazione si trovi compromessa e il malato stesso pericoli di soccombere, asfissiato, ai progressi del male.

Se il rinoscleroma diviene incomodo per la chiusura delle fosse nasali, se la propagazione del male verso la retrobocca e la faringe può arrecare disturbi nella deglutizio-

ne, la diffusione sua alla laringe può determinare la morte per la occlusione quasi completa del condotto aereo. In tali casi la cura nettamente indicata può prolungare grandemente la esistenza del malato.

Anche nel rinoscleroma, come in tutte le malattie per le quali non si possegga un rimedio sicuramente efficace, le più variate cure sono state tentate con successo vario. Io ho voluto passare in seria disamina questi varî metodi e molti ho pure passato al vaglio di seria e spassionata sperimentazione.

La cura generale non deve esser tenuta in niun conto nel rinoscleroma, non avendosi nessun rimedio che dato per la via gastrica, ipodermica, etc. possa portare i suoi benefici effetti su i punti ammalati. Anche la linfa del Koch, già lo abbiamo veduto riesce inefficace. Alcuni han creduto che la somministrazione per uso interno di joduro di potassio e di tonici potesse favorire la regressione dei neoplasmi o almeno evitare la loro recidiva dopo la operazione, ma i fatti in verità non avvalorano questa credenza. Anche le cure antisifilitiche interne, tentate quando da molti si credeva che l' affezione in parola fosse in nesso con la sifilide, non hanno esercitata la menoma influenza sul tumore. Affatto inefficace è pure riuscita la somministrazione della decozione di Zittmann da alcuni provata.

Posta adunque subito da banda la cura generale, dobbiamo occuparci esclusivamente della cura locale come quella che solo può essere in un certo qual modo la vera e sola seriamente efficace.

Questa io divido nella:

Cura locale con medicamenti
Cura chirurgica
Cura mista

Dirò in breve particolarmente di ciascuna di queste, secondo quanto fino ad oggi ho potuto osservare, secondo quanto fino ad oggi è stato dai varî autori sperimentato.

Cura medicamentosa locale.—Numerosi sono stati i medicamenti applicati localmente e in modo vario nella cura del rinoscleroma. Suddividerò questo capitolo nella cura medicamentosa locale praticata con le iniezioni interstiziali e in quella con applicazioni esterne di medicamenti, avente di mira la distruzione del tessuto rinoscleromatoso.

a) *Iniezioni interstiziali.* — I medicamenti portati nei tessuti ammalati per mezzo delle iniezioni parenchimatose sono stati più specialmente: l'arsenico, l'ac. salicilico, l'ac. osmico, l'ac. fenico, il sublimato.

I risultati ottenuti con le iniezioni di questi medicamenti non sono stati però gran che soddisfacenti. Quantunque Simon e Kaposi abbiano asserito di essere arrivati ad ottenere una distruzione quasi completa del tessuto neoplastico con le iniezioni interstiziali di ac. salicilico, di ac. osmico, le prove ulteriori non han confermato questo fatto. Così pure inefficaci son riuscite le iniezioni interstiziali di arsenico; così pure Billroth ha inutilmente tentato le iniezioni di sublimato.

J. Lang (1) fece una cura medicamentosa

(1) Lang. — Ueber Rhinosklerom und dessen

mista. Egli praticò iniezioni parenchimatose di una soluzione acquosa (1 o 2 per °/₀) di ac. salicilico, docce del naso e delle fauci con soluzione di salicilato di soda, fece pennellazione sulla mucosa nasale affetta con soluzione alcoolica di ac. salicilico e frizioni con pomata salicilica al 5 °/₀. Inoltre amministrò internamente per due mesi due grammi al giorno di ac. salicilico. Tali cure portarono miglioramenti notevoli, non la guarigione, per avere, il paziente, secondo l'autore, interrotta troppo presto la cura.

Lo stesso autore dice di avere ugualmente ottenuto buoni risultati dalle iniezioni di una soluzione di acido fenico all' 1 o 2 per 100.

Anche Stoukowenkoff (1) in una sua memoria su tre casi di rinoscleroma da lui osservati, dice di aver curato con gran vantaggio due di essi con iniezioni parenchimatose di una soluzione acquosa di acido fenico all'1 per 100 avendone ottenuto in ambedue i casi la guarigione.

Incoraggiato dai risultati, in apparenza buonissimi, avuti dallo Stoukowenkoff con tali iniezioni di soluzione di acido fenico, volle pure il dott. F. Jaja (2) sperimentarle in un caso di rinoscleroma, ma dopo un mese

---

Behandlung. — *Wiener med. Wochenschr*; nn. 24-25 1883.

(1) Stoukowenkoff. — Ein Fall von Rhinosklerom. *Viertelljahresschr. f. Dermat. u. Syph.*, 1887. 2°, *Heft*; 2° *Hälfte*; — e Rhinoscleroma. *Kicas. Aerzte-Verein*, 1887.

(2) F. Jaja. — Alcune ricerche batteriologiche su di un caso di rinoscleroma. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, Fasc. I, marzo 1891.

di tal cura, vide, sì, che gli orificî esterni delle narici erano alquanto più dilatati, ma che tale dilatazione era in gran parte dovuta a due piccole ulcerazioni che sul setto, così a destra come a sinistra, si erano formate, della grandezza presso a poco di un centesimo, che rendevano alquanto più larga l'apertura e che in un tempo non molto lungo si riparavano. Volle egli quindi vedere se le iniezioni di acido fenico praticate avessero portato una qualche modificazione nella vita del bacillo esistente nei tessuti, e, previe tutte le più scrupolose cautele antisettiche, immergendo la punta di un ago di platino in quattro punti dei tessuti profondi affetti e innestando con questo quattro tubi di gelatina, vide ben presto svilupparsi le culture della forma caratteristica.

Non contento ancora di tal risultato, si propose di sperimentare la diversa resistenza che opponevano i bacilli del rinoscleroma a diverse sostanze antisettiche usate in proporzioni tali da rimanere innocue per l'organismo umano. Egli notò che poca sostanza virulenta, tenuta per un minuto primo in una soluzione di acido fenico all' 1 % e passata quindi in un tubo di gelatina sterilizzata, dava luogo a sviluppo di colonie rigogliose come quelle ottenute contemporaneamente senza aver praticato il passaggio nella soluzione di acido fenico. Fece pur rimanere, in altro esperimento, l'ago nella soluzione di acido fenico all'1 % per lo spazio di 5 minuti ed ottenne anche in questo caso identico risultato. Ne dedusse che il passaggio non solo ma anche la permanenza per 5 minuti del ba-

cillo del rinoscleroma in tal soluzione, non solo non era valso ad ucciderlo, ma neppure ad attenuarne la sua vitalità.

Fece allora diverse soluzioni di resorcina all'1, al 2, al 5, al 10 per 100 e praticò diversi innesti in tubi di gelatina, dopo aver fatto rimanere per 1 e per 5 minuti la sostanza virulenta in una delle suddette soluzioni, e vide sempre svilupparsi le colonie in tutti i tubi 24 o 48 ore dopo l'innesto.

Cominciò allora a praticare sul malato, come già il Billroth senza buon risultato aveva fatto, delle iniezioni parenchimatose nei punti ammalati con soluzione di sublimato corrosivo all'1 per 100. Queste però produssero così forte irritazione che lo costrinsero a diminuire la dose del sublimato e a continuarle con una soluzione al 3 per 1000. Tali iniezioni, praticate quasi tutti i giorni, non portarono però verun miglioramento.

Volle allora, come già avea fatto con l'acido fenico e la resorcina, provare quanta fosse la resistenza del microrganismo a questo potente antisettico. Fatto l' innesto in un tubo di gelatina con sostanza virulenta tenuta prima per un minuto in una soluzione di sublimato all'1 per 1000, due giorni dopo nulla erasi sviluppato e solo al 13° giorno, ed al fondo del tragitto seguito dall'ago, si notava una piccola macchia bianca che, innestata in altro tubo, fece sviluppare la cultura caratteristica.

In altro esperimento avendo fatto rimanere l'ago portante la sostanza virulenta in una soluzione di sublimato all'1 per 1000 per 5 minuti e con quello avendo innestato un tubo

di gelatina, questo ancora 7 giorni dopo si manteneva sterile e solo dopo un mese e mezzo circa si era sviluppata una piccola cultura, della grossezza di un seme di miglio, all'estremo di uno solo dei tragitti dell' ago, cultura che portata in altro tubo assunse la forma caratteristica.

Ottenuti questi risultati, dedusse che il sublimato riusciva nocivo alla vita del bacilo del rinoscleroma in grado sempre maggiore, quanto più lungo fosse il tempo che una piccola colonia con quello rimaneva a contatto, certo perchè un numero maggiore di microrganismi venivano ad essere uccisi; esso perciò molto più dell'ac. fenico e della resorcina potea giovare nella cura di questa speciale affezione.

Per quanto però la soluzione di sublimato all'1 per 1000 disturbi la vita e la moltiplicazione del bacillo del rinoscleroma, pure le iniezioni parenchimali con quello praticate non hanno corrisposto, perchè forse non sono tali iniezioni il modo più sicuro per far pervenire il liquido antisettico in contatto di tutti i tessuti ammalati.

Già anche il prof. Mibelli (1), nel 1888, aveva pubblicato alcune esperienze fatte allo scopo di provare la resistenza che il bacillo del rinoscleroma presentava all'ac. salicilico, all'acido fenico, al sublimato corrosivo. Vide egli che l'acido salicilico in soluzione idroalcoolica all'1 per 100 uccideva i bacilli del rinoscleroma dopo un contatto di 45" : dopo un contatto di 30" essi erano ancora reinocu-

(1) Loco cit.

labili, ma si sviluppavano con molta lentezza; che l'acido fenico nella soluzione acquosa al 3 per 100 li uccideva sempre, anche dopo un contatto di soli 7"; che il sublimato corrosivo nella soluzione di 1 a 1200 li uccideva del pari anche dopo un contatto di 5".

Egli si servì per tali esperienze di tanti tubetti contenenti ciascuno 5 centim. cubici di brodo di carne peptonizzato, seminato e lasciato coltivare per qualche giorno alla temperatura di 37°: fece poscia agire su questi, soluzioni titolate delle già rammentate sostanze, in modo che, mescolate in data misura al liquido nutritivo, risultasse una soluzione in proporzioni ben calcolabili. Fatte così agire le varie sostanze per un tempo determinato sulle varie culture, con l'ago di platino prese un piccolo saggio di queste e ne tentò la reinoculazione in tanti tubi di agar-agar nutritivo, reinoculazione che portò ai risultati già più sopra notati.

Non troppo concordi sono, come facilmente si vede, i risultati sperimentali del Mibelli e del Jaja per ciò che riguarda la resistenza dal bacillo rinoscleromatoso presentata alle soluzioni di acido fenico e di sublimato corrosivo. Lasciando impregiudicata tale questione, della quale spero fra non molto di potermi occupare, anche accettando i risultati del Mibelli e la facile vittoria che sul bacillo del rinoscleroma con soluzioni di acido fenico al 3 per 100 e di sublimato corrosivo all'1 per 1200 facilmente si otterrebbe, le iniezioni interstiziali però anche di tali sostanze nocive alla vita del bacillo speciale non hanno mai corrisposto veramente e non co-

stituiscono perciò esse il metodo di cura più vantaggioso, dovendo in tutti i casi trovare un altro metodo che meglio faccia arrivare in tutti i punti ammalati il liquido distruttore dei germi produttori del male.

Oggi intanto, al punto in cui sono le cognizioni nostre, dobbiamo proclamare assolutamente inefficaci nella cura del rinoscleroma le iniezioni interstiziali di sostanze antisettiche e bandirle come metodo ordinario di cura.

b) *Applicazioni esterne di medicamenti.* — Secondo quanto più sopra abbiamo detto la malattia richiede l'intervento dell'arte, giacchè abbandonata a sè stessa può esporre ai più gravi rischi e pericoli il paziente. È per ciò che è stata tentata la dilatazione delle narici, quando eccessivamente ristrette impedivano il passaggio all'aria, con la introduzione di minugia, di laminaria, di spugna preparata, ma, come ben si comprende, poco risultato è stato ottenuto da simili applicazioni anche quando il male solo alle fosse nasali era localizzato.

È stato raccomandato di distruggere la neoformazione col mezzo di caustici fra cui i migliori a tale uopo sono stati ritenuti il nitrato d'argento e la potassa in forma solida. Anche la cauterizzazione però con tali sostanze non è stata mai accompagnata che da temporaneo miglioramento, giacchè la malattia si è sempre dopo un certo tempo riprodotta. Sono state pure fatte applicazioni di pasta del Canquoin, con le quali pure è stato possibile ristabilire la permeabilità delle narici, ma solo per uno spazio di tempo più

o meno lungo. Anche la applicazione del lapis di cloro - nitrato di zinco proposta da Bruns e Köbner è stata fatta con poco risultato. Con poco risultato pure è stato applicato l'ac. lattico, del quale il Krauw (1), nel distruggere il tessuto rinoscleromatoso, volle mostrare il benefico uso.

Con questi caustici si penetra senza gran difficoltà nella sostanza del tumore. Il dolore è assai vivo, la emorragia scarsissima. Si distrugge con essi la parte di neoplasma che loro viene a contatto e si scava così una nuova via, in mezzo ad esso neoplasma, della cavità nasale obliterata.

Quando tre o quattro giorni dopo la cauterizzazione l'escara cade, lascia a nudo una superficie rosseggiante, secernente una piccola quantità di pus e che non tarda molto a cicatrizzare. Si distrugge così tanta sostanza morbosa quanta col caustico è possibile direttamente raggiungere. Il neoplasma residuo così trattato, non mostra che una leggera reazione infiammatoria, ma non ha alcuna tendenza ad assumere un carattere maligno, però il canale nasale così artificialmente ristabilito dovrà sempre esser mantenuto pervio, almeno con l'applicazione di laminaria o di spugna preparata.

Quando i noduli del tumore si trovino situati subito al di sotto della pelle, i caustici solidi, di cui abbiamo fatto parola, non servono e non li penetrano che difficilmente. In questi casi anzi le cauterizzazioni sono meno raccomandate, come quelle che darebbero

---

(1) Krauw. — *Berl. klin. Woch.*, n. 29, 1885.

luogo a formazione di cicatrici oltremodo deformi.

L'applicazione dei risolventi (empiastri mercuriali e applicazioni iodiche) fatta su molti ammalati (anche sul nostro) è continuata per lungo spazio di tempo, ha mostrato che poteva determinare una desquamazione superficiale della epidermide, ma che era incapace di dar luogo a un rammollimento e a un riassorbimento del neoplasma.

Si è fatto pure ricorso ad unguenti, e Doutrelepont (1) ha riferito un caso di guarigione ottenuto al seguito dell' impiego di una pomata alla lanolina e al sublimato all' 1 per 100. Non sappiamo se la guarigione sia stata definitiva, però Pick fra gli altri, non ha mai visto dispiegare alcuna influenza benefica sul rinoscleroma da tale cura e anche noi, nel malato di cui più sopra abbiamo narrato la storia, non abbiamo ottenuto nessun buono effetto dall' applicazione della pomata al sublimato corrosivo. Tommasoli (2) avrebbe ottenuto in un caso, grandissimo vantaggio da una pomata a base di cloro-joduro di mercurio 0.10:20 ma oggi sappiamo come quello sia ormai ritenuto come un caso di sifilide.

Riassumendo dobbiamo dire che i risultati terapeutici ottenuti così con le iniezioni pa-

---

(1) Doutrelepont.—Ein Fall von Rhinosklerom. *Deutsche Med. Zeitung*, n. 88, 1886; e Zur Terapie des Rhinoskleroms. *Deut. med. Woch.*, 1887.

(2) Tommasoli.—Contributo allo studio del rinoscleroma. *Bullett. delle scienze med. di Bologna.* Serie VI. vol. XIII.

renchimali di sostanze antisettiche, come con la applicazione locale di medicamenti, sono stati in complesso finora poco soddisfacenti, e se dei miglioramenti si son con essi potuti ottenere, mai si è avuta una guarigione completa e duratura.

Cura chirurgica. — La escisione del neoplasma o la distruzione sua con la cauterizzazione ignea, sono i soli mezzi che sono stati fino ad oggi talora seguiti da successo. È ben vero che quasi sempre abbiamo veduto riprodurre il male dopo un tentativo di estirpazione di solo qualche nodulo, è ben vero che la estispazione completa quasi mai è riuscita, ma bisogna pur convenire che l'unica cura, che anche oggi possa praticarsi in questa malattia con un certo qual vantaggio, è la estispazione di una parte della neoformazione là dove questa disturba le funzioni, o, molto meglio ancora, quando sia possibile, la enucleaz. totale della neoformaz. stessa. Molte volte bisogna pur troppo rinunziare all'operaz. chirurg., come quella che avrebbe determinato una perdita spaventevole di tessuti, e d'altra parte se il tumore in modo parziale a più riprese chirurgicamente si attacca, più facilmente vediamo riprodurlo, ma la resistenza della malattia a tutte le cure interne o esterne, la minaccia di accidenti gravi consecutivi alla propagazione sua ascendente, sono argomenti gravissimi in favore dell' intervento chirurgico pronto ed energico e della enucleazione totale, radicale, del tumore, malgrado la gravezza dei disfacimenti necessitati da un intervento di quest' ordine,

malgrado anche la possibilità di emorragie gravi.

La distruzione del neoplasma può anche effettuarsi con altri processi e specialmente con la galvano-caustica. Sfortunatamente però tali cauterizzazioni non hanno che un effetto molto passeggiero e dopo qualche mese i noduli si vedono nuovamente sviluppare, e riprodursi anche si vede l' obliterazione dell'orificio nasale come per lo innanzi.

Nè forse è da raccomandarsi in genere la distruzione di ciascun nodulo rinoscleromatoso (sia col bistori, sia col termo-cauterio), perchè in generale al seguito di questa escisione parziale si osserva, come nel caso nostro, una recidiva costante del rinoscleroma. La neoformazione si rigenera sempre e molto rapidamente nei punti nei quali essa è stata parzialmente asportata e per lo più anche dove è stata, almeno apparentemente, rimossa del tutto. Salzer racconta di aver praticato una operazione di questo genere in una bambina e malgrado che il tumore fosse asportato in totalità, ed enucleato completamente, almeno in apparenza, sette mesi dopo presentava una nuova nodosità del volume di una nocciuola in vicinanza del punto dove l'altro nodulo era stato esciso.

Credo per questo dovere asserire che la cura migliore e più radicale sarebbe, nella localizzazione della parte più bassa del naso, l'intervento chirurgico pronto e l'ablazione totale dei punti chiaramente ammalati non solo, ma anche di quelli apparentemente sani e vicini, combinata con una autoplastica. In questo

modo solo, credo, si potrebbe sperare di non vedere una ripetizione del processo.

Quando poi la localizzazione del rinoscleroma non sia nella porzione cartilaginea del naso, ma al velo pendulo o alla laringe, ad es., prima si manifesti, quando una intiera asportazione del tumore sia resa impossibile dalla sede, la cura non sarà che palliativa e l'indicazione chirurgica ben limitata, riservandosi più specialmente il chirurgo ad intervenire quando la localizzazione alla laringe necessiti l'intubazione di questa o la tracheotomia.

Cura mista. — All'operazione chirurgica seguono, in questa cura, le applicazioni medicamentose, fatte allo scopo di completamente distruggere il neoplasma qualora non fosse stato asportato nella sua totalità o di modificare i tessuti onde impedire una recidiva. Così, dopo il raschiamento o l'ablazione del tumore, sono state fatte applicazioni di tintura di jodio, di acido lattico, di acido pirogallico, etc.

O. Simon, in un caso di rinoscleroma, escise dal condotto nasale sinistro un pezzo cuneiforme ed applicò regolarmente nell'apertura così praticata uno zaffo di ovatta con pomata di acido pirogallico al 10 e 20 per 100 che venne rinnovato di tanto in tanto. Dopo tre mesi poteva Simon constatare una notevole diminuzione del tumore del naso e la permeabilità della narice sinistra. Vennero allora escisi dei pezzetti da ambo le parti e adoperata la pomata nel modo descritto e dopo due mesi il naso riacquistò le sue normali dimensioni; anche le narici divennero pervie

e scomparve affatto la durezza eburnea delle pinne nasali; ottenne in una parola un miglioramento notevole.

Malgrado il risultato discreto da Simon ottenuto, niente ci garentisce però che anche questo metodo di cura possa risultare migliore degli altri, dal momento che anche con esso una guarigione completa e duratura mai si è potuta ottenere.

§ IX.

Riepilogando quanto fin qui abbiamo detto sulla cura del rinoscleroma, se la causa etiologica di esso deve veramente riscontrarsi nel bacillo costantemente rinvenuto e la neoformazione è legata ad un'irritazione che questo microrganismo, probabilmente con le ptomaine, suscita nei tessuti, devesi pensare che la distruzione di questo impedisca la produzione delle sostanze irritanti, la reazione da parte dei tessuti, la produzione della neoformazione. É perciò che, sembrerebbe, le iniezioni di sostanze antisettiche atte a distruggere il microrganismo, fossero il miglior metodo, se non il solo, capace di vincere il morbo in parola. Ma o perchè le iniezioni stesse non sono valevoli a portare il liquido distruttore in tutti i punti ammalati, o per altra ragione che oggi ci sfugge, le iniezioni antisettiche nella cura del rinoscleroma non corrispondono affatto.

Così pure inefficaci, come quelle che non

tutta la porzione dei tessuti ammalati distruggono, ma solo parzialmente l'attaccano sono le cure medicamentose locali e le causticazioni coi varî caustici potenziali fin qui praticate.

Quantunque molti autori, e ultimamente anche Besnier e Le Bec dicano di casi nei quali malgrado i molti tentativi di cura fatti, la lesione, secondo le regole ordinarie, si è riprodotta non solo, ma si è estesa; quantunque Vidal asserisca che nel rinoscleroma il neoplasma penetra sempre profondamente, fino ad interessare le ossa, e quindi l'intervento chirurgico sia molto serio; quantunque pel rinoscleroma non sia stato trovato finora un metodo di cura, che conduca a sicura guarigione, non é poi vero che la morte sia sempre la conseguenza necessaria di essa affezione.

La prognosi di questa neoformazione, noi lo sappiamo, è in generale sfavorevole, poichè la malattia è ostinatissima, ed il rinoscleroma cresce illimitatamente e recidiva anche dopo ripetute estirpazioni. Ma, anche malgrado questo, bisogna pur convenire che la cura chirurgica ha portato spesso miglioramenti grandi e qualche volta anche la guarigione. È a questa veramente, che, con la speranza di qualche buon successo, possiamo noi far ricorso; è all'operazione chirurgica, radicale, sollecita, generosa di tutto il tumore, o dei tumori, che noi dobbiamo oggi mirare come ad unico mezzo di cura, all'operazione di tutti i punti chiaramente ammalati non solo, ma anche di quelli apparentemente sani e vicini, combinata con una autoplastica.

Con questa noi possiamo sperare di vincere e guarire un rinoscleroma che in altro modo può diffondersi, può estendersi sempre, fino a mettere in serio pericolo la vita del paziente che ne è affetto.

Agosto 1892.